



Opinia pracowników izby przyjęć na temat udzielania pomocy medycznej pacjentom będącym pod wpływem alkoholu

Opinions of Emergency Department staff concerning provision of medical assistance to patients under the influence of alcohol

Faustyna Hadera^{1, A-D}, Magdalena Babuška-Rocznik^{1, D-F}, Barbara Brodziak-Dopierała^{2, C, E-F}, Wojciech Rocznik^{1, A, C-F}

¹ Uczelnia Państwowa im. Jana Grodka, Instytut Medyczny, Sanok, Polska

² Śląski Uniwersytet Medyczny, Katowice, Polska

A – Koncepcja i projekt badania, B – Gromadzenie i/lub zestawianie danych, C – Analiza i interpretacja danych, D – Napisanie artykułu, E – Krytyczne zrecenzowanie artykułu, F – Zatwierdzenie ostatecznej wersji artykułu

Hadera F, Babuška-Rocznik M, Brodziak-Dopierała B, Rocznik W. Opinia pracowników izby przyjęć na temat udzielania pomocy medycznej pacjentom będącym pod wpływem alkoholu. Med Srodow. doi: 10.26444/ms/155916

■ Streszczenie

Wprowadzenie. Izba przyjęć to placówka, za pośrednictwem której przyjmuje się pacjentów do szpitala, wykonuje doraźne zabiegi oraz udziela pomocy ambulatoryjnej. Personel medyczny izby przyjęć jest bardzo często narażony na różne zagrożenia ze strony pacjentów będących pod wpływem alkoholu.

Cel pracy. Celem badań było przedstawienie opinii pracowników izby przyjęć na temat udzielania pomocy medycznej pacjentom będącym pod wpływem alkoholu, zwrócenie uwagi na zagrożenia dla personelu medycznego ze strony takich osób oraz kwestię organizacji pracy z pacjentem pod wpływem alkoholu w izbach przyjęć.

Materiał i metody. Badaniami objęto grupę 112 osób pracujących jako personel medyczny w izbie przyjęć w dwóch rzeszowskich szpitalach. Wykorzystano metodę sondażu diagnostycznego, opartą na autorskim kwestionariuszu ankiety, która zawierała 26 pytań. Większość ankietowanych stanowiły kobiety.

Wyniki. Przejawiana przez pacjenta agresja w formie wyzwisk, obelg, niszczenia mienia a nawet przemocy fizycznej w większości przypadków była związana z upojeniem alkoholowym (92% ankietowanych), wpływem środków psychoaktywnych oraz zaburzeniami psychicznymi. Dbałość o własne bezpieczeństwo nie było najważniejszą postawą personelu medycznego względem pacjenta agresywnego (taka postawa cechowała tylko 30,4% ankietowanych). Dla 61,3% badanych nie miało znaczenia, którego dnia i o jakiej porze do izby przyjęć trafia pacjent pod wpływem alkoholu.

Wnioski. Udzielanie pomocy medycznej pacjentom będącym pod wpływem alkoholu stanowi problem dla personelu izby przyjęć. Przyjmowanie takich pacjentów oraz organizacja pracy w kontakcie z nimi wymaga dużego opanowania, wysiłku i spokoju ze strony całego personelu: ratowników medycznych, pielęgniarek i lekarzy.

■ Słowa kluczowe

alkohol, izba przyjęć, agresja, izba wytrzeźwień

■ Abstract

Introduction. Emergency Department (ED) is the facility through which patients are admitted to hospital, emergency procedures are performed and outpatient care provided. Medical staff in the ED are very often exposed to various risks posed by patients under the influence of alcohol.

Objective. The aim of the study was to present the opinions of the staff in the Emergency Department concerning the provision of medical assistance to patients under the influence of alcohol, and attracting attention to the risk for medical staff, as well as the organization of work with these patients.

Materials and method. The study included a group of 112 medical staff working in emergency departments in two hospitals in Rzeszów, conducted by the method of a diagnostic survey using an author-constructed questionnaire containing 26 items. The majority of respondents were females.

Results. Aggression manifested by the patient, whether in the form of abusive language, insults, damage to and destruction of property, or even physical violence in most cases was associated with alcohol intoxication (according to 92% of respondents), the effect of psychoactive drugs, or mental disorders. Own safety was not the most important attitude of the medical staff towards aggressive patients (only 30.4% of respondents). It was not significant (61.3%) when and at what time a patient arrived at the Emergency Department under the influence of alcohol.

Conclusions. Providing medical assistance to patients under the influence of alcohol was difficult for ED staff. The problem of patients intoxicated with alcohol admitted to the ED and the organization of work in contact with them require a lot of composure, effort, and calmness on the part of staff such as paramedics, nurses and physicians.

■ Key words

alcohol, emergency department, aggression, sobering-up station

WSTĘP

Wysokoprocenowe napoje alkoholowe towarzyszą człowiekowi od początku jego istnienia [1]. W kulturze polskiej picie alkoholu jest powszechne akceptowane. Stanowi nieodłączny element spotkań towarzyskich, takich jak święta czy uroczystości rodzinne. Z tej przyczyny nadmierne spożywanie alkoholu w Polsce jest istotnym problemem społecznym i zdrowotnym [2]. Według raportu z badań ankietowych przeprowadzonych przez Państwową Agencję Rozwiązywania Problemów Alkoholowych (PARPA) średnie roczne spożycie napojów alkoholowych na 1 mieszkańca w litrach w przeliczeniu na 100% alkoholu w 2019 roku wynosiło 9,78 [3].

Umiejętność komunikowania się personelu medycznego z pacjentem jest wynikiem nabywania istotnych kompetencji zawodowych osiąganych poprzez rozwój osobisty [4].

Komunikacja z osobą będącą pod wpływem alkoholu nie należy do najprostszych. Możemy w tym miejscu nawiązać do przeszkody ze strony odbiorcy komunikatu, jakim jest pacjent. Z takimi pacjentami nie ma dobrego kontaktu i zazwyczaj lekarz musi zlecać dodatkowe badania [5]. Z zachowaniami agresywnymi pacjentów zasadniczo poradzić sobie można na dwa sposoby, tzn. działaniami profilaktycznymi lub doraźnymi. Kluczowym zadaniem personelu medycznego jest stworzenie atmosfery pozbawionej przemocy, wdrożenie procedur zapobiegającym zachowaniom agresywnym oraz podnoszenie jednostkowych kompetencji w zakresie specyficznych umiejętności komunikacyjnych [6, 7].

W Polsce nie ma odrębnych przepisów regulujących postępowanie lekarzy wobec pijanych pacjentów. Są jednak przepisy, z których wynika, że mimo tego, że pacjent jest pod wpływem alkoholu, lekarz ma obowiązek przeprowadzić pełną diagnostykę [8].

Pacjenci będący pod wpływem alkoholu stanowią ponad 10% wszystkich pacjentów zgłaszających się do izb przyjęć (IP) i szpitalnych oddziałów ratunkowych (SOR) [2]. Nie ma jednoznacznych reguł postępowania diagnostyczno-leczniczego w stosunku do pacjentów, którzy doznali urazu i znajdują się w stanie nietrzeźwości. Każdy przypadek rozpatrywany jest indywidualnie.

Ustawa, która w założeniu miała regulować te zagadnienia (Ustawa z 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi), nie odnosi się do pacjentów będących pod wpływem alkoholu [9].

W przypadku nietrzeźwego pacjenta lekarz powinien brać pod uwagę nie tylko charakter urazu czy też jego objawy, ale okoliczności, w których powstał, szczególnie gdy ma możliwość zapytania o nie świadków zdarzenia. Przy urazach głowy, szczególnie tych związanych z utratą przytomności, nawet krótkotrwałą, nie może poprzestać na podstawowej diagnostyce, lecz ma obowiązek przeprowadzić pogłębioną diagnostykę obrazową, chociażby wykonać tomografię komputerową głowy celem wykluczenia świeżych zmian pourazowych [10, 11].

Ważnym czynnikiem zwiększającym zachowania agresywne jest pobudzenie emocjonalne pod wpływem środków odurzających, takich jak narkotyki czy alkohol [12]. Alkohol powoduje zaburzenia ośrodkowego układu nerwowego w postaci ogólnego pobudzenia obserwowanego w dynamice mówienia, działania czy sile przejawianych emocji [13].

Agresja kojarzy nam się głównie z agresją fizyczną. Bardzo często spotyka się również agresję słowną [14]. Pielęgniarki

i ratownicy medyczni należą do grupy, która jest najbardziej narażona na agresję. Narażenie personelu medycznego na agresję ze strony pacjentów może się przyczynić do spadku efektywności pracy, a nawet prowadzić do rezygnacji z dalszego wykonywania zawodu [15, 16].

Agresywne zachowania pacjenta pod wpływem alkoholu prowadzą do negatywnych skutków zarówno w odniesieniu do pracownika (wpływ na funkcjonowanie fizyczne i psychiczne), miejsca pracy (obniżenie efektywności pracy), jak i pacjenta (zmniejszenie poziomu zadowolenia z opieki medycznej, możliwość popełnienia błędu medycznego przez personel) [17].

Zgodnie z przepisami ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi osoby w stanie nietrzeźwości, które swoim zachowaniem dają powód do zgorznięcia w miejscu publicznym lub w zakładzie pracy, znajdując się w okolicznościach zagrażających ich życiu lub zdrowiu albo zagrażają życiu lub zdrowiu innych osób, mogą zostać doprowadzone do izby wytrzeźwień [18]. Pacjent kierowany na izbę wytrzeźwień zabierany jest z IP przez policję z zaleceniem ewentualnej rekonultacji psychiatrycznej po wytrzeźwieniu. Izba wytrzeźwień gwarantuje zarówno ścisłą obserwację i brak możliwości realizacji zamiarów suicydalnych, jak i specjalistyczną detoksykację, przeprowadzoną pod kierunkiem lekarza [8].

Wraz ze zmniejszeniem liczby izb wytrzeźwień problem opieki nad osobami w stanie upojenia alkoholowego w Polsce nie zniknął, lecz przeniósł się na szpitalne oddziały ratunkowe i izby przyjęć [19].

Liczba pacjentów będących pod wpływem alkoholu wzrosła wyraźnie w ostatnich latach na skutek zmniejszenia się liczby izb wytrzeźwień. W roku 2013 istniały one tylko w 34 miastach, podczas gdy 10 lat wcześniej było ich niemal dwa razy więcej. Problem pacjentów nietrzeźwych jest poważny i z pewnością wymaga precyzyjnego uregulowania prawnego, którego do dziś nie ma [20].

Pacjentem będącym w stanie zatrucia spowodowanego użyciem alkoholu pomoc medyczna udzielana jest m.in. w SOR-ach oraz IP [21].

Głównym celem pracy było poznanie opinii pracowników izby przyjęć na temat udzielania pomocy medycznej pacjentom będącym pod wpływem alkoholu. Określono główne przyczyny zachowań agresywnych wśród pacjentów oraz najczęstsze zachowanie personelu podczas kontaktu z pacjentem agresywnym.

MATERIAŁ I METODY

Do badań wykorzystano sondaż diagnostyczny oparty na ankiecie z wykorzystaniem kwestionariusza własnego autorstwa. Ankieta zawiera 26 pytań oraz została podzielona na dwie części: tzw. metryczkę oraz pytania szczegółowe. Metryczka dotyczyła zagadnień socjodemograficznych, takich jak: wiek, płeć, wykształcenie, status cywilny, miejsce zamieszkania. Pozostałe pytania w liczbie 19 umożliwiły pozyskanie wiedzy na temat opinii pracowników IP. Ankietowani zostali poinformowani o anonimowości badań oraz wyrazili zgodę na udział w nich.

Analiza została wykonana za pomocą programów IBM SPSS Statistics 20 oraz Microsoft Excel. W pracy wykorzystano test niezależności χ^2 Pearsona. Przyjęto poziom istotności $p < 0,05$.

Badania zrealizowano w okresie 3 miesięcy (luty–kwiecień) 2021 roku na grupie 112 osób. Grupa ta obejmowała: pielęgniarki/ pielęgniarzy, ratowników medycznych oraz lekarzy pracujących w izbie przyjęć. Badania przeprowadzone zostały w dwóch placówkach:

- Klinikum Szpitalu Wojewódzkim nr 1 im. Fryderyka Chopina w Rzeszowie,
- Samodzielnym Publicznym Zakładem Opieki Zdrowotnej Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji w Rzeszowie.

W badaniu wzięło udział 40 mężczyzn (35,7%) i 72 kobiety (64,3%). W grupie wiekowej 20–25 lat znalazło się 12,5% personelu medycznego pracującego w izbie przyjęć (N=14). Najlicniejszą grupę wiekową stanowili badani między 26. a 35. rokiem życia, stanowiący 42,9% osób (N=48). W wieku 36–50 lat było 30,4% respondentów (N=34). Powyżej 50 lat miało 14,3% badanych (N=16).

Wykształcenie średnie posiadało 21,4% personelu medycznego (N=24). Studia wyższe pierwszego stopnia ukończyło 36,6% osób (N=41), tyle samo ankietowanych uzyskało tytuł magistra. Inne wykształcenie miało 5,4% badanych (N=6).

Większość spośród badanego personelu medycznego izby przyjęć stanowiły pielęgniarki/ pielęgniarze (N=71, tj. 63,4%). Ratownicy medyczni to 30,4% badanych (N=34), a lekarze 6,3% osób (N=7).

Poniżej 5 lat stażu pracy w zawodzie miało 17,0% osób (N=19). Od 5 do 10 lat wykonywało swój zawód 35,7% osób z personelu medycznego (N=40). Grupa 19,6% ankietowanych (N=22) posiadała staż pracy w zakresie 11–20 lat. Tak samo liczna grupa wykazywała się stażem pracy 21–30 lat. Powyżej 30 lat pracowało w zawodzie 8,0% osób.

WYNIKI

W trakcie wykonywania pracy zawodowej z pacjentem nietrzeźwym zetknęło się 92,9% osób z personelu medycznego (N=104). Agresji ze strony pacjenta będącego pod wpływem alkoholu doświadczyło przynajmniej raz w życiu 92,9% respondentów (N=104). Najczęściej były to osoby z wykształceniem średnim/ innym (100,0%) – tab. 1. Zauważono, że agresji ze strony pacjenta będącego pod wpływem alkoholu doświadczyły najczęściej pielęgniarki (95,8%) i ratownicy medyczni (91,2%), natomiast rzadziej lekarze (71,4%) – $p=0,0523$ – tab. 2.

Tabela 1. Doświadczenie agresji ze strony pacjentów będących pod wpływem alkoholu a wykształcenie pracowników medycznych udzielających im pomocy medycznej

	Wykształcenie respondentów			Ogółem	
	Średnie/ inne	Wyższe I stopnia – licencjackie	Wyższe II stopnia – magisterskie		
Tak	N	30	35	39	104
	%	100,0	85,4	95,1	92,9
Nie	N	0	6	2	8
	%	0,0	14,6	4,9	7,1
Ogółem	N	30	41	41	112
	%	100,0	100,0	100,0	100,0

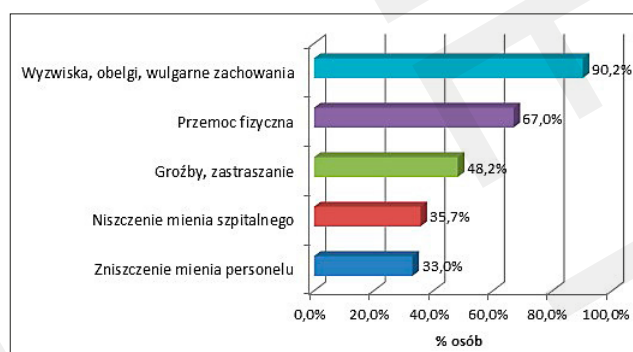
$\chi^2 = 6,094; p = 0,0475$

Tabela 2. Doświadczenie agresji ze strony pacjentów będących pod wpływem alkoholu a zawód wykonywany przez ankietowanych

	Wykonywany zawód			Ogółem	
	Pielęgniarka/ pielęgniarz	Ratownik medyczny	Lekarz		
Tak	N	68	31	5	104
	%	95,8	91,2	71,4	92,9
Nie	N	3	3	2	8
	%	4,2	8,8	28,6	7,1
Ogółem	N	71	34	7	112
	%	100,0	100,0	100,0	100,0

Na co dzień z agresją ze strony pacjenta znajdującego się pod wpływem alkoholu stykało się 24,1% pielęgniarek/ ratowników medycznych/ lekarzy (N=27). Dość często miało do czynienia z takimi zachowaniami 56,3% badanych (N=63).

Agresja ze strony pacjentów będących pod wpływem alkoholu przejawiała się najczęściej wyzwiskami, obelgami i wulgarnym zachowaniem (N=101, tj. 90,2%). Ponad połowa personelu medycznego pracującego w izbie przyjęć (N=75, tj. 67,0%) przyznała, że pacjenci dopuszczali się przemocy fizycznej, a niemal połowa badanych (N=54, tj. 48,2%) spotkała się z groźbami i zastraszaniem. Rzadziej agresywne zachowanie pacjentów polegało na niszczeniu mienia szpitalnego (N=40, tj. 35,7%) czy niszczeniu mienia personelu (N=37, tj. 33,0%) – ryc. 1. Z przemocą fizyczną ze strony pacjenta zetknęły się najczęściej osoby do 35. roku życia (77,4%; $p=0,0088$) – tab. 3.



Rycina 1. Rodzaj agresji przejawianej przez pacjenta wobec badanych, wyniki nie sumowały się do 100%, ponieważ badani wskazywali więcej niż jedną odpowiedź

Tabela 3. Częstość stykania się z agresją ze strony pacjentów będących pod wpływem alkoholu a wiek badanych

	Wiek		Ogółem	
	do 35 lat	powyżej 35 lat		
Na co dzień	N	18	9	27
	%	29,0	18,0	24,1
Dość często	N	34	29	63
	%	54,8	58,0	56,3
Czasami	N	5	11	16
	%	8,1	22,0	14,3
Rzadko	N	5	1	6
	%	8,1	2,0	5,4
Ogółem	N	62	50	112
	%	100,0	100,0	100,0

$\chi^2 = 7,109; p = 0,0685$

Z przemocą fizyczną ze strony pacjenta zetknęli się częściej lekarze (100,0%), rzadziej ratownicy medyczni (76,5%), a w najmniejszym stopniu pielęgniarki/ pielęgniarze (59,2%) – $p=0,0334$ (tab. 4). Osoby ze stażem pracy wynoszącym nie więcej niż 10 lat częściej twierdziły, że pacjenci przejawiają wobec nich przemoc fizyczną (76,3%; $p=0,0271$) – tab. 5.

Tabela 4. Rodzaj agresji przejawianej przez pacjenta a wiek ankietowanych

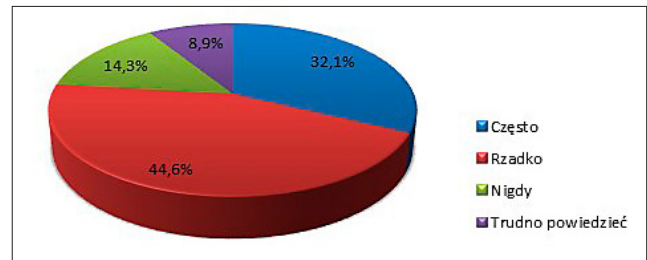
		Wiek				p
		do 35 lat		powyżej 35 lat		
		N	%	N	%	
Wyzwiska, obelgi, wulgarne zachowania	nie	7	11,3	4	8,0	$\chi^2 = 0,338$; $p = 0,5608$
	tak	55	88,7	46	92,0	
Przemoc fizyczna	nie	14	22,6	23	46,0	$\chi^2 = 6,862$; $p = 0,0088$
	tak	48	77,4	27	54,0	
Zniszczenie mienia personelu	nie	42	67,7	33	66,0	$\chi^2 = 0,038$; $p = 0,8455$
	tak	20	32,3	17	34,0	
Niszczenie mienia szpitalnego	nie	39	62,9	33	66,0	$\chi^2 = 0,116$; $p = 0,7338$
	tak	23	37,1	17	34,0	
Groźby, zastraszanie	nie	32	51,6	26	52,0	$\chi^2 = 0,002$; $p = 0,9675$
	tak	30	48,4	24	48,0	

Tabela 5. Rodzaj agresji przejawianej przez pacjenta a wykształcenie ankietowanych

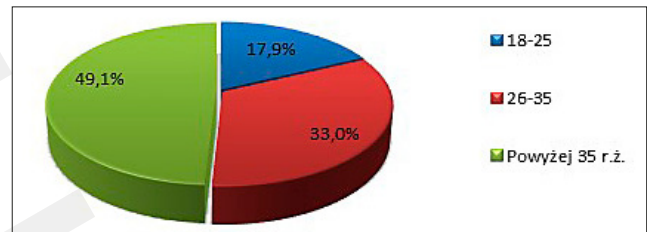
		Wykształcenie						p
		Średnie/ inne		Wyższe I stopnia – licencjackie		Wyższe II stopnia – magisterskie		
		N	%	N	%	N	%	
Wyzwiska, obelgi, wulgarne zachowania	nie	3	10,0	7	17,1	1	2,4	$\chi^2 = 4,958$; $p = 0,0838$
	tak	27	90,0	34	82,9	40	97,6	
Przemoc fizyczna	nie	11	36,7	16	39,0	10	24,4	$\chi^2 = 2,229$; $p = 0,3281$
	tak	19	63,3	25	61,0	31	75,6	
Zniszczenie mienia personelu	nie	22	73,3	31	75,6	22	53,7	$\chi^2 = 5,217$; $p = 0,0737$
	tak	8	26,7	10	24,4	19	46,3	
Niszczenie mienia szpitalnego	nie	22	73,3	32	78,0	18	43,9	$\chi^2 = 11,872$; $p = 0,0026$
	tak	8	26,7	9	22,0	23	56,1	
Groźby, zastraszanie	nie	16	53,3	23	56,1	19	46,3	$\chi^2 = 0,821$; $p = 0,6634$
	tak	14	46,7	18	43,9	22	53,7	

Często z próbami samobójczymi dokonywanymi przez pacjentów w stanie upojenia alkoholowego miało do czynienia 32,1% osób z personelu medycznego pracującego w izbie przyjęć (N=36). Rzadko miało styczność z takimi aktami 44,6% badanych (N=50). Nigdy nie spotkało się z próbą targnięcia się na własne życie przez pacjenta będącego pod wpływem alkoholu 14,3% osób (N=16), a trudno było odpowiedzieć na to pytanie 8,9% badanych (N=10) – ryc. 2.

Pacjenci przyjmowani do izby przyjęć, będący pod wpływem alkoholu, to najczęściej osoby powyżej 35. roku życia (N=55, tj. 49,1%). Co trzeci ankietowany (N=37, tj. 33,0%) twierdził, że najczęściej przyjmowane są tam osoby w wieku 26–35 lat. Najmniej liczną grupą byli badani twierdzący, że do izby przyjęć przyjmowane są osoby znajdujące się pod wpływem alkoholu będące w wieku 18–25 lat (N=20, tj. 17,9%) – ryc. 3.



Rycina 2. Zetknięcie się ankietowanych z próbami samobójczymi dokonywanymi przez pacjentów w stanie upojenia alkoholowego



Rycina 3. Wiek osób pod wpływem alkoholu przyjmowanych do Izby Przyjęć

Według 58,9% badanych (N=66), do izby przyjęć trafiali częściej mężczyźni znajdujący się pod wpływem alkoholu. W opinii 26,8% personelu medycznego (N=30) liczba kobiet i mężczyzn, którzy byli pod wpływem alkoholu i trafiali do izby przyjęć, była porównywalna. Zaledwie 1,8% ankietowanych (N=2) uważał, że częściej pacjentami izby przyjęć były kobiety znajdujące się pod wpływem alkoholu. Trudno było jednoznacznie odpowiedzieć na to pytanie 12,5% respondentom (N=14).

Zdaniem 61,6% badanych (N=69) pacjenci będący pod wpływem alkoholu trafiali na izbę przyjęć bez względu na porę dnia i nocy. W opinii 23,2% respondentów (N=26) osoby takie częściej pojawiały się w weekendy. Dni świąteczne były zdaniem 11,6% badanych (N=13) czasem, kiedy to większa liczba pacjentów będących pod wpływem alkoholu trafiała do izby przyjęć. Nieliczni respondenci (N=4, tj. 3,6%) uznali, że pacjenci pod wpływem alkoholu częściej trafiali do izby przyjęć w dni powszednie.

Zdaniem 73,2% osób z personelu medycznego pracującego w izbie przyjęć (N=30) wśród pacjentów pod wpływem alkoholu znajdowały się osoby wymagające diagnostyki laboratoryjnej bądź obrazowej, najczęściej – tomografii komputerowej (tab. 6).

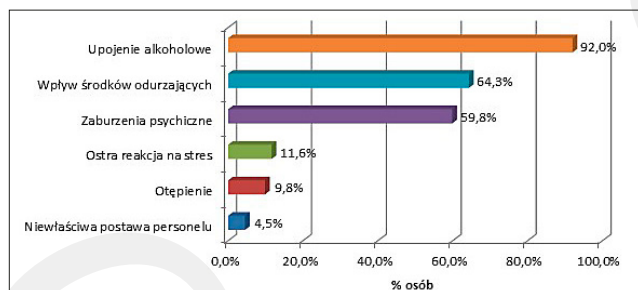
Upojenie alkoholowe było wskazywane przez badanych jako najczęstsza przyczyna zachowań agresywnych pacjentów (N=103, tj. 92,0%). Na drugim miejscu znalazł się wpływ

Tabela 6. Znajdowanie się wśród pacjentów będących pod wpływem alkoholu osób wymagających diagnostyki laboratoryjnej bądź obrazowej a wykonywany zawód respondentów

		Wykonywany zawód			Ogółem
		Pielęgniarka/ pielęgniarz	Ratownik medyczny	Lekarz	
Nie	N				
	%	19,7	35,3	57,1	26,8
Tak	N	57	22	3	82
	%	80,3	64,7	42,9	73,2
Ogółem	N	71	34	7	112
	%	100,0	100,0	100,0	100,0

$$\chi^2 = 6,353; p = 0,0417$$

środków odurzających (N=72, tj. 64,3%), a na trzecim zaburzenia psychiczne (N=67, tj. 59,8%). Znacznie rzadziej wskazywano inne przyczyny zachowań agresywnych ze strony pacjentów – ryc. 4.



Rycina 4. Najczęstsze przyczyny zachowań agresywnych pacjentów według badanych, wyniki nie zsumowały się do 100%, ponieważ badani wskazywali więcej niż jedną odpowiedź

Opanowanie i spokój były według 63,4% osób pracujących w izbie przyjęć (N=71) właściwą postawą w kontakcie z pacjentem przejawiającym nagle agresywne zachowanie wynikające z upojenia alkoholowego. Mniej niż co trzeci ankietowany (N=34, tj. 30,4%) wskazał, że prawidłową postawą jest dbanie o własne bezpieczeństwo. Nieliczni wymienili inne zachowania (tab. 7).

Tabela 7. Postawa w kontakcie z pacjentem przejawiającym nagle agresywne zachowanie wynikające z upojenia alkoholowego a miejsce zamieszkania ankietowanych

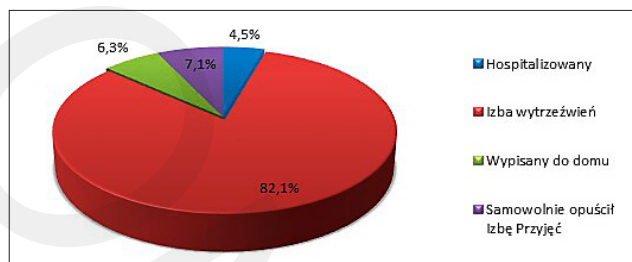
	Miejsce zamieszkania		Ogółem	
	Miasto	Wieś		
Obojętna postawa	N	1	5	6
	%	1,6	10,0	5,4
Opanowanie i spokój	N	36	35	71
	%	58,1	70,0	63,4
Własne bezpieczeństwo	N	24	10	34
	%	38,7	20,0	30,4
Użycie siły	N	1	0	1
	%	1,6	0,0	0,9
Ogółem	N	62	50	112
	%	100,0	100,0	100,0

$\chi^2 = 8,255; p = 0,0410$

W sytuacji nagłej agresji ze strony pacjenta na pomoc innych współpracowników, najczęściej ochrony, pielęgniarek, ratowników medycznych czy lekarzy, mogło liczyć 78,6% badanych pracujących w izbie przyjęć (N=88).

Tylko co trzeci ankietowany (N=37, tj. 33,0%) przyznał, że przypadki zachowań agresywnych pacjentów wobec personelu medycznego w ich miejscu pracy są zgłaszane. Niemal tyle samo badanych (N=36, tj. 32,1%) podało, że przypadki takie nie są zgłaszane. Grupa 34,8% osób (N=39) nie wiedziała, czy w ich miejscu pracy wdrożona jest procedura zgłaszania przypadków agresji wobec personelu medycznego.

Większość ankietowanych przyznała, że pacjenci pod wpływem alkoholu przebywający w izbie przyjęć są najczęściej przekazywani do izby wytrzeźwień (N=92, tj. 82,1%) (ryc. 5).



Rycina 5. Dalsze postępowanie z pacjentami pod wpływem alkoholu przebywającymi w Izbie Przyjęć

Zmianę miejsca pracy ze względu na występowanie przypadków agresji ze strony pacjentów nietrzeźwych rozważało 33,0% badanych (N=37).

DYSKUSJA

Według statystyk sporządzonych przez Państwową Agencję Rozwiązywania Problemów Alkoholowych (PARPA) w 2019 roku w Polsce średnie roczne spożycie napojów alkoholowych na 1 mieszkańca w litrach wynosiło 9,78. Pokazuje to problem społeczny, jakim jest nadużywanie alkoholu [22]. Mając na uwadze bezpośrednie działania napojów wysokoprocentowych, musimy zaznaczyć, że to, jak radzi sobie z nimi ludzki organizm, jest indywidualne – reakcje i cechy zachowania się ludzi w stanie upojenia alkoholowego są w dużym stopniu zróżnicowane [23].

Następstwem spożycia alkoholu lub środków odurzających jest agresja, jaką przejawia pacjent wobec personelu medycznego, czy też przemoc fizyczna oraz słowna. Urazy spowodowane spożyciem alkoholu stanowią ok. 40% przypadków, którym udziela pomocy zespół ratownictwa medycznego.

Badania przeprowadzone w północno-wschodniej Anglii wykazały, że interwencje pogotowia związane z alkoholem narażały personel medyczny aż trzy razy bardziej na werbalne lub fizyczne akty przemocy w porównaniu do innych przyczyn wezwań [24].

W badaniu własnym przeprowadzonym wśród pracowników izby przyjęć 92% respondentów podało, że główną przyczyną zachowań agresywnych wśród pacjentów IP było upojenie alkoholowe. Na drugim miejscu znalazł się wpływ środków odurzających (64,3%), a na trzecim – zaburzenia psychiczne (59,8%) Znacznie rzadziej wskazywano inne przyczyny zachowań agresywnych ze strony pacjentów, np. otępienie (20% badanych).

W innych badaniach, również przeprowadzonych wśród personelu medycznego: ratowników medycznych oraz pielęgniarek pracujących lub odbywających staż w SOR-ach, przedstawiono, że aż 95% ankietowanych miała do czynienia z agresją wywołaną nadużyciem alkoholu. Dodatkowo wskazywano, że agresja ta przejawia się przede wszystkim w sposób werbalny oraz fizyczny [25].

Nieco niższe wyniki uzyskano w badaniach przeprowadzonych w SOR-ze w Kędzierzynie-Koźlu – 86% badanych potwierdziło agresywne zachowania pacjentów, które zwykle występowały u pacjentów płci męskiej 82% w stanie upojenia alkoholowego [26].

W niniejszym badaniu agresja ze strony pacjentów znajdujących się pod wpływem alkoholu przejawiała się najczęściej – tak podało 90,2% ankietowanych – wyzwiskami, obelgami i wulgarnym zachowaniem. Niemniej jednak warto zwrócić

uwagę, że ponad połowa personelu medycznego pracującego w izbie przyjęć (67% ankietowanych) przyznała, że pacjenci dopuszczali się przemocy fizycznej, a niemal połowa badanych (48,2%) spotkała się z groźbami i zastraszaniem. Rzadziej agresywne zachowanie pacjentów polegało na niszczeniu mienia szpitalnego (tak podało 35,7% ankietowanych) oraz niszczeniu mienia personelu (33,0%). Wyniki innych doniesień potwierdzają, że kontakt z osobami w stanie zatrucia alkoholem był dla personelu medycznego znacznie trudniejszy niż kontakt z osobami trzeźwymi. Stwierdzono również, że omawiana grupa pacjentów bywa agresywna i niechętna do współpracy z personelem medycznym.

W sytuacji kontaktu z pacjentem agresywnym wg większości ankietowanych (63,4%) najważniejszą postawą personelu było zachowanie opanowania i spokoju. Mniej niż co trzeci ankietowany (30,4%) jako prawidłową postawę wskazał dbanie o własne bezpieczeństwo.

Odnosząc się do innych badań skupiających się na postawie personelu, należy stwierdzić, że pomimo dużego narażenia na zachowania agresywne w grupie osób pracujących na oddziałach psychiatrycznych, lekarzy oraz pielęgniarek, nie ma jasnych wytycznych odnośnie do postępowania w przypadku ataku ze strony osoby chorej psychicznie bądź pacjenta agresywnego z zaburzeniami psychicznymi [27]. Ankietowani deklarowali indywidualne podejście do tego typu zachowań.

Zdaniem ponad połowy badanych (61,6%) nie sposób ustalić, kiedy pacjenci pod wpływem alkoholu najczęściej trafiali na IP, była to o każdej porze dnia i nocy. W opinii 23,2% osób pacjenci tacy częściej pojawiali się w weekendy, natomiast wg 11,6% badanych w – okresach świątecznych.

Również inni autorzy na podstawie przeprowadzonych badań wykazali podobne zjawisko. Nie odnotowano związku między liczbą pacjentów przyjmowanych na SOR-ze czy też trafiających do innych placówek a konkretnym okresem, tj. porą dnia i nocy.

Według M. Wrońskiej [28] pacjenci znajdujący się pod wpływem alkoholu codziennie wymagają pomocy SOR-u oraz IP, ponadto na niektórych dyżurach ok. 80% chorych to osoby będące pod wpływem alkoholu. Wśród pacjentów trafiających na SOR rozróżnia się grupę osób nałogowo spożywających alkohol, które regularnie trafiają na oddział ratunkowy ze względu na urazy i choroby związane z uzależnieniem [28].

Badania E. Rudnickiej-Drożak i wsp. [29] pokazują niższą tendencję procentową, tj. 40% ankietowanych wskazało na brak różnicy pomiędzy dowolnym dniem oraz porą dnia; 32% badanych uważa, że najbardziej obleganym okresem są weekendy, zaś 16% ankietowanych odpowiedziało, że są to okresy świąteczne [29]. Występuje mała różnica procentowa między liczbą pacjentów będących pod wpływem alkoholu przybywających w IP lub SOR-ze w dni powszednie o dowolnej porze dnia i nocy a liczbą tych, którzy trafiają tam w weekendy. Różnica w badaniach własnych, w warunkach IP między tymi dwoma zmiennymi jest znacząca. Fakt ten może zależeć od jednostki, w której badania były przeprowadzone, a konkretnie od specyfiki SOR-u i izby przyjęć.

Pacjenci pod wpływem alkoholu stanowili duże wyzwanie diagnostyczne zarówno w warunkach przedszpitalnych, jak i szpitalnych. Byli również dużym obciążeniem dla systemu ochrony zdrowia z uwagi na konieczność wykonywania wysokospecjalistycznych procedur diagnozowania, w tym tomografii komputerowej.

Do najczęstszych urazów stwierdzonych u pacjentów będących pod wpływem alkoholu należały urazy głowy, leczone w ramach SOR-u czy izby przyjęć, które wymagały kosztownych procedur diagnostycznych [30].

W badaniach własnych zostało to potwierdzone, tzn. zdaniem 73,2% osób z personelu medycznego pracującego w izbie przyjęć wśród pacjentów pod wpływem alkoholu znajdowały się osoby wymagające diagnostyki laboratoryjnej bądź obrazowej, a najczęściej była to tomografia komputerowa.

Wyniki innych doniesień pokazują, że zarówno diagnostyka laboratoryjna, jak i obrazowa mają tutaj znaczącą rolę, bo aż 88% ankietowanych wykazało potrzebę wykonania badań laboratoryjnych, i tyle samo procent badań obrazowych, u pacjentów nietrzeźwych [31]. W innej pracy stwierdzono, że w przypadku niemalże 1/4 hospitalizowanych (tj. 24% osób) spożycie przez nich alkoholu miało wpływ na wystąpienie urazu czaszkowo-mózgowego [32].

Badania przeprowadzone w dużym uniwersyteckim szpitalu w Belgii w 2009 roku wykazały, że 10,1% pacjentów hospitalizowanych z powodu zatrucia alkoholem doznało urazu głowy, a 5,8% z omawianej grupy pacjentów – kontuzji kończyn, natomiast 33,9% pacjentom przyjętym z powodu zatrucia alkoholem udzielono opieki psychiatrycznej w SOR-ze [33]. J.M. Draus Jr i wsp. [34] w swych badaniach przeprowadzonych w Stanach Zjednoczonych wykazali obecność alkoholu we krwi u 41,00% pacjentów po urazach czaszkowo-mózgowych.

Wyniki przedstawionych badań własnych oraz prace innych autorów potwierdzają słuszność oraz zasadność wykonywania badań laboratoryjnych oraz obrazowych z uwzględnieniem tomografii komputerowej.

Zdecydowana większość osób pracujących w izbie przyjęć, bo aż 91,1% ankietowanych, wyraziła przekonanie, że izba wytrzeźwień jest lepszym miejscem dla pacjentów będących pod wpływem alkoholu niż izba przyjęć. Powodem jest przede wszystkim to, że obecność takich pacjentów dezorganizuje pracę personelu, wpływa niekorzystnie na innych pacjentów oraz często są oni agresywni wobec pracowników. Inne badania również ujawniają przekonanie o słuszności przekazywania pacjentów do izby wytrzeźwień. Badania prowadzone przez D.W. Ross i wsp. [35] w Colorado Springs miały na celu weryfikację zastosowania u osób nietrzeźwych triażu kwalifikującego ich do zakładu detoksykacji lub do szpitalnego oddziału ratunkowego. Wykazano, że kryteria triażu polowego były skutecznie wykorzystane do bezpiecznej segregacji medycznej osób nietrzeźwych [35].

WNIOSKI

1. Przeważającą przyczyną zachowań agresywnych wśród pacjentów izby przyjęć jest upojenie alkoholowe. Ponadto zachowania te wynikają ze stosowania środków odurzających. Pacjenci z zaburzeniami psychiatrycznymi również wykazują agresję w stosunku do personelu.
2. Zdaniem ankietowanych najlepszą postawą wobec agresywnego pacjenta będącego pod wpływem alkoholu jest zachowanie opanowania i spokoju – zwiększa to bezpieczeństwo pracowników medycznych.
3. Badaniem obrazowym najczęściej wykonywanym u pacjentów nietrzeźwych była tomografia komputerowa głowy, przeprowadzana w celu wykluczenia zmian pourazowych.

PIŚMIENICTWO

1. Jedynak M. Alkoholizm jako zjawisko patologiczne i społecznie destruktywne. In: Pstrąg D. Uzależnienia oraz związane z nimi zagrożenia społeczne. Rzeszów: Wyd UR; 2014. p. 96–117.
2. Wojtyła-Buciora P, Wojtyła A, Wojtyła C, et al. Rozpowszechnienie konsumpcji alkoholu w opinii uczniów szkół licealnych i ich rodziców. *Hygeia Publ Health*. 2012; 47(4): 498–504.
3. Rowicka M, Postek S, Zin-Sędek M. Wzory konsumpcji alkoholu w Polsce. Raport z badań kwestionariuszowych 2020 r. Warszawa: Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych; 2021.
4. Szymańska-Swiątnicka E, Pietrusińska J. Komunikacja interpersonalna. Pt 2. Warszawa: Polska Federacja Edukacji w Diabetologii; 2012. p. 4–6.
5. Konopka M. Komunikacja lekarz-pacjent. Kraków: Instytut Dziennikarstwa, Mediów i Komunikacji Społecznej Uniwersytetu Jagiellońskiego; 2016. p. 146.
6. <https://www.parpa.pl/index.php/badania-i-informacje-statystyczne/statystyki/> (access: 25.03.2021).
7. Stoner JAF, Freeman RE, Gilbert DR. Kierowanie. Warszawa; 2011.
8. Ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry (tekst jedn.: DzU z 2022 r., poz. 1731).
9. Ustawa z dnia 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi (DzU 1982 nr 35 poz. 230).
10. Olczak M, Kopański Z, Sianos G. Pacjenci znajdujący się pod wpływem alkoholu w pracy Szpitalnego Oddziału Ratunkowego. *J Clin Healthcare* 2015; 3: 36–43.
11. Milczarek O, Starowicz-Filip A, Malec K, Górecki W, Kwiatkowski S. Algorytm postępowania w urazach czaszkowo-mózgowych doznanych pod wpływem alkoholu w grupie wiekowej 9–18 lat. *Ostry Dyżur* 2016; 9, 2: 41–48.
12. Wojciszke B. Człowiek wśród ludzi: zarys psychologii społecznej. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe Scholar; 2009. p. 358–359.
13. Chodkowski Z. Wyznaczniki agresji i metody jej przeciwdziałania. *Kultura-Przemiany- Edukacja*. 2018; VI: 220–21.
14. Wnukowski K, Kopański Z, Brukwicka I, et al. Zagrożenia towarzyszące pracy ratownika medycznego-wybrane zagadnienia. *J Clin Healthcare*. 2015; 3: 10–16.
15. Stępień A. Zjawisko agresji w środowisku młodzieży: pojęcie agresji, przemoc oraz ich objawy. *Pedagogika Rodz*. 2015; 5(3): 177–178.
16. Sienkiewicz P. Alkohol etylowy i środki psychoaktywne u pacjentów z urazami głowy i tułowia leczonych na oddziale chirurgii ogólnej Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Siedlcach. *Roczniki Pomorskiej Akademii Medycznej w Szczecinie*. 2011; 57(1): 98.
17. Petit JR, Sidorowicz S. *Psychiatria ratunkowa*. Wrocław: Elsevier Urban & Partner; 2007. p. 28–45.
18. Rudnicka-Drożak E, Misztal-Okońska E. Analiza struktury i częstości przyjęć pacjentów w stanie zatrucia alkoholem na przykładzie dwóch lubelskich szpitali. *Alkoholizm i Narkomania*. 2014; 1(27): 9–29. Instytut Psychiatrii i Neurologii.
19. Art. 21 ust. 2 ustawy z dnia 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi; DzU nr 35, poz. 230.
20. Art. 40 ust. 1 ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi. <https://lexlege.pl/ustawa-o-wychowaniu-w-trzezwosci-i-przeciwdzialaniu-alkoholizmowi/art-40-1/> (access: 16.04.2021)
21. Zagórki S. *Znikające Izby Wytrzeźwień*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe Semper; 2019
22. <https://www.parpa.pl/index.php/badania-i-informacje-statystyczne/statystyki/> (access: 28.03.2021)
23. Dziukiewicz J. Alkoholizm i nadużywanie alkoholu: powszechny problem społeczny i zdrowotny XXI wieku. *Problemy nauk społecznych, humanistycznych, ekonomicznych: konteksty i wyzwania*. Wrocław: Exante; 2017. p. 17–26.
24. Szumlak P. *Postępowanie z agresywnym pacjentem*. Warszawa: Evereth Publishing; 2018.
25. Sołtys W, Kozak M, Kocur R, et al. Deklaracje suicydalne pod wpływem alkoholu – postępowanie w warunkach psychiatrycznej izby przyjęć. *Doniesienie wstępne. Psychiatria i Psychologia Kliniczna* 2012;12(1): 34–39.
26. Szwamela K, Sochocka L. Opinia średniego personelu medycznego szpitalnego oddziału ratunkowego na temat agresywnych zachowań pacjentów. *Piel Zdr Publ*. 2014; 4(2): 149–154.
27. Mosiołek A, Koweszko T, Gierus J. Agresja w placówkach psychiatrycznych – próba zdefiniowania problemu. *Psychiatria* 2014; 2(11): 87–91.
28. Wrońska M. Szpitalne oddziały ratunkowe a ludzie bezdomni i z problemem alkoholowym. *Med Intens Rat*. 2008; 11: 118–119.
29. Rudnicka-Drożak E, Misztal-Okońska P, Młynarska M. Opinia pracowników szpitalnego oddziału ratunkowego na temat udzielania pomocy medycznej pacjentom w stanie zatrucia alkoholem – doniesienie wstępne. *Probl Hig Epidemiol*. 2013; 94(3): 577–582.
30. Marczuk J, Pruć M, Wiśniewska Z, et al. Analiza kosztów a ocena pacjentów w stanie nietrzeźwości w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym Szpitala Klinicznego Dzieciątka Jezus w Warszawie w 2013 roku *Borgis-Postępy Nauk Med*. 2018; 4: 188–194.
31. Parsons OA. Alcohol abuse and alcoholism. In: Nixon SJ, editor. *Neuropsychology for Clinical Practice*. Washington: American Psychological Press; 2015. 175–201.
32. Piłśniak J, Ślusarz J. Epidemiologia urazów czaszkowo-mózgowych w materiale własnym Pogotowia Ratunkowego w Rypinie: Badania retrospektywne. *Pielęgniarstwo Neurologiczne i Neurochirurgiczne*. 2013; 1(2): 4–8.
33. Verelst S, Moonen PJ, Desruelles D, et al. Emergency department visits due to alcohol intoxication: characteristics of patients and impact on the emergency room. *Alcohol*. 2012; 47(4): 433–8.
34. Draus JMJr, Santos AP, Franklin GA, et al. Drug and alcohol use among adolescent blunt trauma patients: dying to get high? *J Pediatr Surg*. 2008; 43: 208–211.
35. Ross DW, Schullek JR, Homan MB. EMS. Triage and transport of intoxicated individuals to a detoxification facility instead of an Emergency Department. *Ann Emerg Med*. 2013; 61(2): 175–84.